

提携医療機関用インフルエンザ予防接種予診票

☆太枠の中のみ記入してください

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	大 昭・平 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
住所	〒		電話番号	
健康保険証の記号		健康保険証の番号		
社員番号		事業所名		
支払い方法		窓口会計あり		
会社名	資生堂健康保険組合	金額	補助金1,000円は健康保険組合が医療機関に直接支払います 1,000円を超える部分のみ医療機関窓口で個人精算願います	

質問事項（当てはまる項目を○で囲んで下さい。）	回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種は、今年度内では何回目ですか	1 回目	2 回目	
これまでに大きな病気の既往歴や、現在治療中または治療直後の病気はありますか 病名（ ）	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
アレルギー体質といわれたことはありますか	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患等の慢性疾患にかかった事がありますか 病名（ ）	はい	いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来の物）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなった事がありますか	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか	ある	ない	
①その際に具合が悪くなった事がありますか	ある	ない	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなった事がありますか	ある	ない	
予防接種名（ ）			
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種名（ ）			
免疫不全と診断された事がありますか	ある	ない	
過去5年以内に、けいれん（ひきつけ）を起こした事がありますか	ある	ない	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
病名（ ）			
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください（ ）	はい	いいえ	

[女性の場合]現在妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ
--------------------------	----	-----

診察前の体温 ℃	医師の記入欄 医師のサイン 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）	
使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種	医療機関名：
LOT No		医師名：
	m l	接種年月日：